Rok XXXII. Kraków, 10. Czerwca 1893. Nr. 23.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Péres.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Péres,

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_3$ „	„ 6 „

I. Wstęp do nauki o chorobach umysłowych.

Odczyt
Dra Władysława Kohlbergera
na posiedzeniu naukowem sekcyi lwowskiej towarzystwa lekarzy galicyjskich w dniu 5. maja 1893 r.

Mam zamiar przedstawić Panom w kilku odczytach główne zasady odnoszące się do zboczeń w zakresie życia umysłowego u człowieka. Wiadomo Panom aż nadto, że pod względem tego życia już w stanie prawidłowym istnieją ogromne różnice między ludźmi; tem większą różnica ta będzie w różnych stanach chorobowych. Aby stany te należycie zrozumieć i ocenić, niezbędną jest rzeczą wiedzieć dokładnie, na jakiej podstawie opiera się życie umysłowe i w jaki sposób od początku swego rozwija się i wzrasta, albowiem niektóre choroby tem się właśnie cechują, iż życie umysłowe osób niemi nawiedzonych stopniowo zanika czyli ulega wstecznemu przeobrażeniu się i staje się w końcu podobnem do życia płodowego a nawet zarodkowego. Objaw ten nazywamy też dla tego powrotem do stanu zarodkowego.

W ciągu odczytów swoich będę niejednokrotnie zniewolonym poruszać rzeczy, które są wszystkim bardzo dobrze znane; proszę mi jednak nie brać tego za złe, pragnę bowiem, by przedmiot, który przedstawić zamierzam, dokładnie zrozumiano, i dlatego wolę nie raz powiedzieć za wiele, niż za mało i sądzę, że właśnie przypomnienie rzeczy znanych i oparcie się na nich najwięcej przyczynią się do osiągnienia zamierzonego przeze mnie celu.

W zakresie życia umysłowego rozróżniamy zazwyczaj trzy odrębne działy czyli sfery a mianowicie dział zmysłowy, duchowy i ruchowy czyli inaczej mówiąc, sferę poczucia, świadomości czyli wiedzy i woli. U zarodka i u płodu właściwe życie umysłowe nie istnieje wcale. U noworodka powstaje ono dopiero po pewnym czasie i rozwija się następnie z biegiem wieku coraz bardziej a to w ten sposób, że najpierw rozwija się sfera poczucia, następnie sfera świadomości a w końcu wola. Przez wolę rozumiemy ruchy dowolne skierowane ku pewnemu, z góry zamierzonemu i obmyślanemu celowi.

Noworodek wykonywa wprawdzie pewne ruchy, ssie, płacze, rusza kończynami i całem ciałem swojem i t. p., ale tych ruchów nie można nazwać dowolnymi w ścisłem tego wyrazu znaczeniu, gdyż one nie są skierowane ku żadnemu z góry określonemu i obmyślanemu celowi, lecz przeciwnie są bezmyślne a niektóre nawet mimowolne i czysto automatyczne czyli odruchowe. Takich mimowolnych, czysto automatycznych czyli odruchowych czynności spotykamy w życiu zwierzęcem bardzo wiele; możnaby nawet powiedzieć, że życie wogóle przeważnie z takich ruchów się składa. Tu należą ruchy oddechowe, ruchy serca, ruchy jelit, skurcz, i rozkurcz mięśni naczyniowych, tworzenie się wszelkich wydzielin i prawie wszystkie czynności odżywcze. Ruchy tego rodzaju odbywają się nietylko bez naszej woli, ale przeważnie nawet bez naszej wiadomości. Im jakaś istota organiczna niżej stoi pod względem swego ustroju, tem życie jej jest bardziej automatyczne, mimowolne i nieświadome; im zaś wyżej stoi w tym względzie, tem większa część czynności jej życia staje się dla niej świadomą a nadto zależną od jej woli. Później będę się starał wykazać, że ta wola zależną jest w istocie rzeczy także od pewnych automatycznych urządzeń, których mechanizmu jednak dokładnie nie znamy.

Ponieważ świadomość stanowi istotę życia umysłowego, przeto musimy się teraz bliżej zastanowić nad jej istotą i sposobem tworzenia się.

Jeżeli wrażenia zmysłowe mają przyjść do świadomości i ustalić się, muszą odpowiednie ośrodki korowe mózgu być przygotowanemi do tej czynności a to przygotowanie tworzy się przez czynność, zwaną uwagą. Bez uwagi żadne wrażenie zmysłowe uświadomionem, ani ustalonem t. j. zapa-

miętanem być nie może Ośrodki podkorowe zmysłów służą nie tylko do odczucia doznanych wrażeń zmysłowych, ale stanowią zarazem przyrząd automatyczny, t. j. odruchowy do nastrajania czyli akomodacyi wszystkich części składowych danego zmysłu a więc i do pobudzania uwagi na pewne silniejsze wrażenia zmysłowe. W ośrodkach podkorowych łączą się prawdopodobnie wszystkie zmysły ze sobą wzajemnie; tam też skupiają się najrozmaitsze a może i wszystkie komórki ośrodkowe najwyższego rzędu, tak czuciowe jak ruchowe, tudzież wydzielnicze, należące do obydwóch układów nerwowych, t. j. zwojowego i rdzeniowego. Przez to połączenie wszystkich zmysłów w ośrodkach podkorowych, zwanych dlatego przez niektórych *sensorium commune*, zadrażnienie pewnego zmysłu może przejść na inny a nawet zdarzyć się może, że jedne zmysły za tem pośrednictwem obejmują częściowo czynność innych.

Ciekawem i prawdopodobnie na tej samej zasadzie polegającem zjawiskiem jest występująca nieraz przeczulica jednych nerwów zmysłowych obok niedoczucia innych, których czynność przechodzi potem częściowo na pierwsze, przez co tworzy się współczucie w zakresie dwóch zupełnie różnych nerwów. Chorzy, których to się tyczy, wyrażają się wtedy, że n. p. widzą swojem sercem, swojemi wnętrznościami, słyszą grzbietem lub brzuchem a czują zapach częściami płciowemi i t. p.

Maudsley przytacza w swojej fizyologii i patologii duszy bardzo ciekawe przypadki, zebrane z licznych spostrzeżeń różnych pisarzy. Tak n. p. Abercombie znał osoby, dotknięte głuchotą największego stopnia, jaka tylko u głuchoniemych się spotyka, które przecież okazywały poczucie rozmaitych tonów. Pochodzić to mogło ztąd tylko, że inne zmysły, prawdopodobnie zmysły czucia przedmiotowego lub podmiotowego czyli ogólnego, czynność tę na siebie przyjmowały. Osoby te mogły n. p. zapowiedzieć zbliżanie się wozu na ulicy, chociaż wozu tego jeszcze nie spostrzegły wzrokiem i chociaż go nikt jeszcze nie spostrzegł z osób otaczających, obdarzonych wszystkimi zmysłami. — Kruse, chociaż był zupełnie głuchym, odczuwał jednak muzykę a różne narzędzia muzyczne różny wpływ wywierały na niego. Tony muzyczne miały w jego poczuciu wielkie podobieństwo do barw. Odgłos trąbki był dla niego żółtym, huk bębna czerwonym, dźwięk organów zielonym i t. p. — Lumley opowiada o jednym ze swych przyjaciół, który tak samo zwykł był porównywać głos różnych sławnych śpiewaków z różnemi barwami i w ten sposób go rozróżniał. Opowiadają także o pewnym ślepym, który przeciwnie znowu barwę szkarłatno-czerwoną odczuwał w ten sposób, że ją przedstawiał sobie jako ton trąbki.

Zjawiska przytoczone mogą w dwojaki sposób przyjść do skutku a mianowicie możebnem jest, iż część obwodowa danego zmysłu nie jest zupełnie nieczynną, lecz tylko w wysokim stopniu upośledzoną w swej czynności; w takim razie za jej pośrednictwem powstaje w ośrodkach zmysłowych podkorowych tego zmysłu jakieś nieokreślone i bardzo niewyraźne poczucie. Ponieważ w ośrodkach zmysłowych podkorowych wszystkie zmysły są ze sobą połączone, przeto poczucie to może przyjść do świadomości; będzie ono jednak równie niewyraźne i nieokreślone, ale osoby, o które chodzi, starają się porównywać je z jakiem wyraźnem poczuciem, t. j. wyobrażeniem innego jakiegoś zmysłu. Przez ćwiczenie się mogą w ten sposób osoby właściwe dojść do rozróżniania różnych takich nieokreślonych poczuć zmysłowych. Być jednak może, że narządy obwodowe pewnych zmysłów są istotnie zupełnie nieczynne a czynność ich obejmują do pewnego stopnia narządy obwodowe innych zmysłów a to, jak już wspomniałem, prawdopodobnie niezróżnicowane jeszcze należycie komórki zmysłowe obwodowe, należące głównie do układu nerwowego zwojowego a sprawiające nieokreślone bliżej czucie ogólne czyli podmiotowe, tak skórne jak wnętrznościowe. Za pośrednictwem ośrodków zmysłowych podkorowych może ten nowy rodzaj poczucia w sposób wyżej przedstawiony dojść do świadomości i stać się mniej lub więcej wyraźnem wyobrażeniem.

Przez wspomniane *sensorium commune* może się też silniejsze zadrażnienie jakiegokolwiek zmysłu przenieść na wszystkie zmysły, lub też sprowadzić najrozmaitszego rodzaju odruchy i to tak świadome jak i nieświadome.

Proschaska w dziele swojem *Commentatio de functionibus systematis nervosi* z r. 1784 przytacza tego przykłady i kończy: „*Cum itaque praecipua functio sensorii cammunis consistat in reflexione impressionum sensoriarum in motorias, notandum est, quod ista reflexio vel anima inscia vel vero anima conscia fiat*“. W końcu powiada: „*omnes istae actiones ex organismo et physicis legibus sensorio communi propriis fluunt suntque propterea spontaneae et automaticae*“.

Znane są przypadki, gdzie zadrażnienie znaczne w zakresie jednych zmysłów sprawiało znaczne także zboczenia w drugich. Ból zębów być może przyczyną n. p. zboczeń w zmyśle wzroku w ten sposób, że powstaje chwilowa ślepota, lub też okazują się omamy i złudzenia tego zmysłu; to samo tyczyć się może także innych zmysłów. W ten sposób mogą przyjść do skutku kurcze mięśniowe różnego rodzaju, tworzenie się różnych wydzielin i t. p. a nadto różne zboczenia a nawet choroby umysłowe.

Zbyt mocne i gwałtowne zadrażnienie jakiegokolwiek zmysłu może się łatwo tym sposobem rozprzestrzenić na cały ustrój i wstrząsnąć gwałtownie wszystkiemi jego czynnościami do tego stopnia, iż następuje śmierć natychmiastowa, jest to t. zw. *shok*.

Shok taki pochodzi najczęściej z gwałtownego zadrażnienia nerwów czuciowych i to zwykle nerwów służących do przewodzenia czucia ogólnego czyli podmiotowego a więc należących do układu zwojowego. W pewnych razach może jednak wystąpić *shok* także skutkiem nagłego zadrażnienia innych nerwów zmysłowych a mianowicie wzroku i słuchu. *Shok* taki nazywamy shokiem z przerażenia; rzadko bywa on powodem nagłej śmierci, często jednak bywa przyczyną jakiejś nagłej choroby umysłowej i możnaby go dla tego nazwać inaczej shokiem psychicznym czyli umysłowym.

Jak z tego widzimy, w ośrodkach mózgowych podkorowych skupia się całe życie nieświadome, czysto automatyczne, t. j. odruchowe i mimowolne. W ośrodkach zaś mózgowych korowych odbywają się wszelkie czynności świadome i dowolne. Jedne i drugie ośrodki są wielorako i wielokrotnie ze sobą połączone a przeto czynność jednych wpływa wielce na drugie i w ten sposób stają się one w większym lub mniejszym stopniu od siebie zależnymi. Przedewszystkiem czynność ośrodków korowych zależy od czynności ośrodków podkorowych. Zboczenia nawet znacznego stopnia w pierwszych nie zawsze wywołują znaczniejsze zboczenia w drugich a przeciwnie już małe zboczenia w ostatnich czynią niekiedy pierwsze niezdolnymi do ich zwyczajnej

czynności fizyologicznej. Z tego wynika, że wszelkie, nawet mniejsze zboczenia w czynnościach mimowolnych organizmu a mianowicie w czynnościach służących do t. zw. życia wegetacyjnego, t. j. roślinnego, kierowanego głównie przez układ nerwowy zwojowy, sprawiają poważne zmiany w życiu umysłowem. O tem już starożytni dobrze wiedzieli i dla tego mówili: *Mens sana in corpore sano*.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. W sprawie podwiązania i resekcyi tętnic kręgowych jak również i resekcyi nerwu współczulnego celem leczenia padaczki samoistnej.

Napisał

Dr. Roman Barącz we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 22).

Z końcem roku 1889 okazała się obszerna praca W. Alexandra[1]): *O leczeniu padaczki*, z której okazuje się, że i on, autor podwiązania tętnic kręgowych w padaczce zaniechał od kilku lat, z powodu złych wyników, tej operacyi a natomiast zwrócił swe zabiegi ku nerwowi współczulnemu a mianowicie ku jego zwojowi szyjnemu górnemu. Właściwą treść pracy Alexandra stanowi opisanie wyników osiągniętych z wycięcia górnych zwojów szyjnych nerwu współczulnego. Do tych zabiegów zachęciły go teorye powstawania padaczki Van der Kolka, Russela Reynoldsa i Huglingsa Jacksona.

Padaczka samoistna ma polegać na podstawie tych teoryj na złem odżywianiu mózgu z powodu zboczeń w nerwach naczynioruchowych. Leczenie padaczki powinno według Alexandra przedewszystkiem zwracać się ku polepszeniu odżywiania mózgu i rdzenia przedłużonego, nerw współczulny zaś jest jedynym układem naczynio-ruchowym, pośredniczącym w tem odżywianiu i regulującym je. Brown-Séquard uważa znowu zwiększenie się odruchowości w padaczce za następstwo zwiększenia odżywiania się ośrodków nerwowych. Na podstawie tych rozumowań zwrócił Alexander swą uwagę na nerw współczulny i postanowił próbować leczyć padaczkę samoistną przez wycinanie zwoju górnego szyjnego nerwu współczulnego, któremu z przyczyny licznych połączeń przypisuje największy wpływ naczynioruchowy; zwój ten uważa Alexander za ognisko sprawiające złe odżywianie mózgu i rdzenia przedłużonego w padaczce. Alexander wiedział, że u zwierząt (królików) wycinano bez szkodliwych następstw nerw współczulny (zwoje górne), jednak nieznane mu były przypadki wycięcia tegoż nerwu u człowieka, dopóki nie zgłosił się do niego mężczyzna 50 cio letni, który w następstwie urazu głowy przed 30 laty cierpiał od 13 lat na coraz gwałtowniejsze kurcze twarzy w zakresie nerwów twarzowego, dodatkowego Willizyusza i gałązek nerwu V-tego. Kurcze można było u niego wywołać za każdym razem przez dotknięcie się pewnego punktu na wardze górnej a usunąć je przez ucisk na tętnicę szyjną domózgową. Uważając przypadek ten za padaczkę Jacksona wyciął Alexander zwój górny nerwu współczulnego i napady w przeciągu 2 miesięcy ustąpiły; dalszy los tego chorego jest autorowi jednak nieznany!

[1]) William Alexander. The treatment of epilepsy. Edinburgh Young J. Pentland, 1889.

Zachęcony tem spostrzeżeniem wyciął w miesiąc później na dwa zawody u młodej dziewczyny cierpiącej na padaczkę samoistną po połowie dolnej górnego zwoju; w następnych przypadkach wycinał najpierw na dwa zawody oba zwoje górne a później usuwał je naraz.

Alexander wykonał operacyę tę w 24 przypadkach padaczki samoistnej z następującym wynikiem ostatecznym (czas obserwacyi trwał przynajmniej 2 lata): w 6 przypadkach miało nastąpić wyleczenie, w 10 polepszenie osobliwie pod względem umysłowym, w 5 operacya nie odniosła żadnego skutku. W żadnym przypadku nie nastąpiło pogorszenie po operacyi, dwóch chorych umarło wkrótce po operacyi, jednak nie wskutek jej samej; w jednym przypadku wynik jest nieznany. Wyleczenie więc nastąpiło w 25% przypadków.

Alexander podaje w dziele swem dokładnie stósunki anatomiczne okolicy, o którą chodzi, i technikę operacyjną. Górny zwój szyjny nerwu współczulnego leży na mięśniu prostym głowy, przednim większym: (*rectus capitis anticus major*) przed 2-gim i 3-cim kręgiem szyjnym za tętnicą szyjną domózgową i łączy się z pierwszymi czterema nerwami kręgowemi, z oboma zwojami nerwu błędnego i z nerwem językowo-połykowym (*glossopharyngeus*).

Technika operacyjna wycięcia tegoż zwoju jest według Alexandra pokrótce następująca: Cięcie skórne na 3 cale długie rozpoczyna się na $^1/_2$ cala przed wyrostkiem sutkowym i prowadzi pionowo na dół przez mięsień mostko-obojczyko-sutkowy. Należy przytem uważać, by nie zranić żyły szyjnej zewnętrznej (*vena jugularis externa*).

Po przecięciu mięśnia i rozdzieleniu jego włókien hakami widać w ranie powięź, którą należy przeciąć, uważając, by nie zranić żyły szyjnej wewnętrznej (*v. jugularis interna*), którą odciąga się hakiem tępym ku wewnątrz wraz z leżącą pod nią tętnicą szyjną domózgową. Zwój górny, leżący tuż za tą tętnicą, wycina się nożyczkami. Podczas operacyi należy uważać, by nie zranić nerwu błędnego lub dodatkowego Willizyusza, lub wreszcie żyły szyjnej wewnętrznej. Autor poleca drenowanie rany.

Operacya ta, jakkolwiek wydaje się z razu skomplikowaną, daje się łatwo wykazać na trupie, jak się sam kilkakrotnie przekonałem.

Leczenie padaczki samoistnej chirurgiczne nie jest dotychczas, jak wiadomo, sprawą załatwioną. Dla tego uważam za stósowne poruszyć tu zapatrywania się i poglądy najnowsze na sprawę chirurgicznego leczenia padaczki.

Dzięki rozszerzeniu wiadomości o lokalizacyi mózgu przez Hitziga, Ferriera, Lucianiego a osobliwie przez Wiktora Horsleya z Londynu (dokładność, z jaką możemy u człowieka oznaczyć ośrodki ruchowe dla pewnych grup mięśni, posługując się elektrodami aseptycznemi), postąpiła znacznie naprzód terapia chirurgiczna padaczki korowej czyli Jacksona.

Według zdania Bergmanna[1]) padaczka Jacksona jest jedyną postacią padaczki, w której trepanacya czaszki jest wogóle usprawiedliwioną i wskazaną, gdyż padaczka korowa nie jest tylko nerwicą ogólną, ale w niej zawsze musi znajdywać się ognisko chorobowe w korze móz-

[1]) Ernst von Bergmann. Die chirurgische Behandlung der Hirnkrankheiten. Berlin 1889, str. 148.

gowej, które da się usunąć. Jedynie więc urazowa padaczka korowa jest według Bergmanna przedmiotem nowoczesnej chirurgii. Trepanacya w tej postaci padaczki nie powinna ograniczać się do samego otwarcia czaszki, ale przy każdej operacyi należy przeciąć oponę twardą i przy pomocy prądu galwanicznego usunąć dokładnie ognisko kory mózgowej, z którego wychodzą kurcze początkowe, wyprzedzające ogólne. Początkowe porażenie kończyny odpowiedniej ma ustępować w miarę odradzania się usuniętej kory mózgowej.

To samo zdanie, co Bergmann, wypowiada Sahli[1]) że jedynie w urazowej padaczce Jacksonowskiej spodziewać się należy dobrych wyników. Że wyniki i w padaczce Jacksonowskiej nie bywają trwale dobre, przypisuje to Sahli bliznowatym zaciągnięciom w miejscu operowanem, przezco powstaje ciągnięcie sąsiedniej kory mózgowej i trwały stan podrażnienia części, o które chodzi.

Ażeby zapobiedz właśnie tym zaciągnięciom bliznowatym, które zawdzięczają swe powstanie zrostom kości z oponą twardą i powierzchnią istoty korowej, proponuje Alexander Fränkel[2]) na podstawie doświadczeń swych na zwierzętach pokrywać ubytek po trepanacyi przez heteroplastykę za pomocą blaszek z gładkiego celuloidu, z którym nie mogą powstawać zrosty z częściami pod nim położonemi a który przy odpowiedniej aseptyce można śmiało pozostawiać w ustroju.

Benedikt[3]) idzie o krok dalej od Bergmanna i Sahlego i uważa trepanacyę za usprawiedliwioną także w padaczce samoistnej. Wychodzi on z zapatrywania się, że u epileptyków istnieje pewien okres utajenia padaczki i że to utajenie można sprowadzić trepanacyą. Rozumuje on w sposób następujący: „studyując dokładnie padaczkę sasamoistną, można przekonać się, że w największej liczbie przypadków kurcze występują zazwyczaj z pewnego ograniczonego zakresu. W razie wielkiej liczby napadów, kurcze ograniczają się czasem do tego ogniska a często rozszerzają się z niego i stają się dopiero wtedy ogólnymi. Przez wycięcie takiego ośrodka dla kurczów początkowych można znieść także kurcze ogólne“. Benedikt przytacza dwa odnoszące się do tego przypadki, w których Mosetig wykonał trepanacyę. Skutki były na razie dobre, jednak od czasu operacyi minęło zaledwie dwa tygodnie.

(Dokończenie nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

St. Ponikło: **Zakopane in der polnischen Tatra in Galizien als klimatische Höhenstation.** Wien 1893.

Towarzystwu tatrzańskiemu za myśl a autorowi za urzeczywistnienie jej należy się pełne uznanie, że wyżej zatytułowanem dziełkiem zaznajamiają i obcych z naszem uroczem Zakopanem i pierwszorzędną naszą stacyą klimatyczną. W rozprawce tej na 24 stronnicach, przegradzanych widokami Tatr ze Starej Polany, Kuźnic, samego Zakopanego pisanej pięknym niemieckim językiem, kreśli autor położenie, historyę rozwoju, urządzenia, warunki klimatyczne i sanitarne a w końcu wskazania lecznicze. Te ostatnie zawodowo napisane zaznajamiają czytelnika, w jakich sprawach chorobowych pobyt w Zakopanem może wywrzeć wpływ korzystny. Tylko życzyć sobie należy i pragnąć, by praca autora odniosła pożądany skutek. *Gl.*

Chirurgia.

W. Wagner: **Aseptyka w chirurgii polowej.**
(Sprawozdanie Dra Bogdanika.)
(Dok. Patrz Nr. 22).

II. Aseptyczne opatrzenie na polu bitwy i pakiecik opatrunkowy (*Verbandpäckchen*). Beck na to pytanie odpowiada, iż pierwszego opatrzenia na polu bitwy nie mogą zakładać wyłącznie lekarze. Rozchodzi się bowiem o to, aby rannych jak najprędzej przenieść na stanowisko opatrunkowe, ochronić ich rany od szkodliwości zewnętrznych podczas przewozu, zwłaszcza, iż niejeden i tam długo będzie musiał czekać, póki kolej na niego nie przyjdzie. Jako opatrunek polowy zaleca gazę sublimatową owiniętą w materyał nieprzepuszczalny. Zapas tych pakiecików w 2—3 lat zużyć należy po szpitalach w czasie pokoju tak, że zapasy nie będą starsze jak 2 lub 3-letnie. Zwyczajna gaza wyjałowiona również dobre odda usługi, jeżeli się rany najpierw przyprószy jodoformem. Billroth zaleca, aby pierwszy opatrunek zakładali ile możności lekarze; gdyby atoli pomoc lekarska w krótkim czasie była niemożebną, lepiej pokryć prowizorycznie ranę jakim środkiem antyseptycznym bez dotykania się rany. Opatrunek powinien być antyseptyczny a nie aseptyczny. Następnie przytacza autor zdanie sprawozdawcy sprzeciwiającego się zakładaniu pierwszego opatrzenia przez służbę, bo od tego często zależy dalszy los rannych. Na pobojowisku należy tylko ułożyć kończyny złamane i tamować krwotoki przez zakładanie dośrodkowe opaski uciskającej. Paweł Bruns powiada, iż wobec dalekonośnej broni stanowisko opatrunkowe będzie musiało być odleglejsze od linii bojowej. Dlatego też często opóźni się założenie pierwszego opatrzenia; natomiast przewody postrzałowe będą wązkie, rany skórne nadzwyczaj małe tak, że się rychło zalepią skrzepami; pozostaną przeto dłużej aseptycznemi. Opatrzenia rękami laików przeto materyałem z pakiecików łatwiej pozbyć się można, zwłaszcza iż na wielkie natrafi przeszkody. Opatrunek powinien być aseptyczny; jest bowiem zawsze na miejscu i nigdy nie szkodzi. Esmarch dopuszcza, aby pierwszy opatrunek w braku lekarzy założył dobrze wyćwiczony Samarytanin. Aleksander Fraenkel uważa to za rzecz wielkiej wagi, żeby pierwszy opatrunek założono już na polu bitwy, jeżeli się podczas pokoju służbę dobrze wyćwiczy i pouczy, aby się ran nie dotykała, bo od tego zawisł los rannych. Pakiecik ratunkowy musi mieć osłonę nieprzemakalną, chroniącą go od wpływu deszczu, potu i t. p. Jako osłonę zaleca cienką blachę i tak miękką żeby się łatwo rozszerzać dała. Opatrzenie zaleca antyseptyczne. Gurlt zezwala, aby w braku lekarzy służba założyła pierwsze opatrzenie składające się z gazy sublimatowej i waty, lecz żeby lekarze założyli opatrzenie stałe. L. Hofmann przemawia za użytecznością stałych opatrunków antyseptycznych w polu. Kaschkaroff daje pierwszeństwo opatrunkom założonym przez lekarzy. Kölliker powiada, iż pierwszy opatrunek tak dalece roztrzyga o przebiegu rany, że go tylko lekarz zakładać powinien a jedynie w ostateczności laicy. Opatrunek polowy składać się ma z gazy antyseptycznej albo aseptycznej, powłoki z waty, mchu, juty i opaski. Pakiecików tylko wtedy użyć można, jeżeli treść ich nie ucierpiała t. j. opakowanie musi być bez zarzutu. Körte zezwala na opatrzenie ze strony służby w braku lekarzy, zabrania jednak dotykania się ran; natomiast Landerer zgadza się, aby pierwsze opatrzenie zakładali tylko lekarze. Obaj przemawiają za użyciem jodoformu a pakiecików używać radzą tylko w ostateczności. Langenbuch przedstawia, aby rany postrzałowe zalepiano przylepcem lub zaszyto, którą to czynność wykonywać ma służba na pobojowisku. W tym celu ma mieć

[1]) Sahli. Sammlung klinischer Vorträge. Neue Folge 1891, Nr. 2.

[2]) Alexander Fränkel. Zur Frage der Schaedeloperationen bei Epilepsie. Beiträge zur Chirurgie. Festschrift gewidmet Th. Billroth.

[3]) M. Benedikt. Ueber die operative Behandlung der idiopathischen Epilepsie. Wiener med. Presse 1892, Nr. 28, str. 1120 i nn.

każdy żołnierz puszkę blaszaną zawierającą gazę wyjałowioną, watę i nawleczoną igłę niklowaną. Projekt ten natrafił jednakże na gwałtowną opozycyę na XXI. zjeździe chirurgów niemieckich. Lauenstein mniema, iż można służbie powierzyć zakładanie pierwszych opatrunków, byle się tylko upewnić, aby ran nie dotykała się. Mosetig-Moorhof radzi, aby pierwszy opatrunek zakładali tylko lekarze. Gdyby to z konieczności uczyniła służba, powinni lekarze zmienić opatrunek jak najrychlej. Rotter sądzi, iż wobec tak znacznej ilości rannych, jak się tego w przyszłej wojnie spodziewać można, koniecznie trzeba służbie powierzyć opatrzenie przynajmniej lżejszych ran. Do opatrzenia nadają się pastylki lub proszek rotterynu (składniki jego podano wyżej) łatwo w wodzie rozpuszczalnego. W braku wody można nim ranę zasypać. Rydygier domaga się zasadniczo, aby pierwsze opatrzenie zakładali tylko lekarze z wyjątkiem przypadków, gdzie n. p. z przyczyny krwawienia rozchodzi się o życie rannego. Do opatrunku użyć można każdego czystego materyału. Pakieciki zanurzyłby przed użyciem, jeżeli można, w rozczynie sublimatu 1°/₀₀. Schimmelbusch sądzi, iż trudno to przeprowadzić, aby pierwszy opatrunek zakładali tylko lekarze. Pakiecik dodany każdemu żołnierzowi jest stanowczem ułatwieniem i ma zawierać tylko gazę i opaskę wyjałowioną. Jako środek antyseptyczny szczególniej do tamponady zaleca jodoform, którego niczem zastąpić nie można.

III. Sposoby wyjałowienia na placu opatrunkowym i w szpitalu polowym. Na pytanie to odpowiada Beck, iż najlepszem jest wyjałowienie parą wodną i zaleca ku temu znane przyrządy. Podobnie wyrażają się i inni chirurgowie radząc wygotowanie narzędzi w wodzie z dodatkiem sody a w braku przyrządów odpowiednich można do tego użyć i garnków a opatrunki również wyprażyć można na sucho w garnku lub rurze.

IV. Opakowanie przyborów aseptycznych. Wszyscy radzą opakowanie w mniejszych lub większych ilościach a materyały nieprzepuszczalne przedewszystkiem w blachę, papier pergaminowy i t. d. Rotter zaleca swoje pastylki lub proszek rotterynu również w puszkach blaszanych.

V. Inne środki pomocnicze dla aseptyki w polu. Autor jeszcze raz zwraca uwagę, że w polu obok zakażenia przez dotykanie obawiać się należy i zakażenia powietrznego dla tego starać się należy, aby ranni jak najrychlej dostali się pod dach. W tym względzie zalecają się baraki przenośne. Jak zaś z jednej strony rany czyste chronić musimy od zanieczyszczenia przez dotykanie się lub z powietrza, tak z drugiej strony rany zanieczyszczone oczyścić musimy; zanieczyszczenie ran wywołuje bowiem ropienie, zgorzel i tężec. Rany oczyścić trzeba przez opłukiwanie płynami antyseptycznymi lub aseptycznymi a w braku wody stósować można suchy opatrunek Landerera, który do oczyszczenia ran używa suchych zwitków gazy sublimatowej. Krwotoki tamować należy opaską elastyczną lub chustką trójkątną uciskającą kończynę dośrodkowo od miejsca broczącego; turnikietów używać nie należy. Esmarch nadaje elastycznym szelkom taki kształt, że z nich łatwo opaskę improwizować można. Na stanowisku opatrunkowem celem tamowania krwotoków nie należy podwiązywać naczyń, lecz tylko wytamponować ranę gazą jodoformową, która się okazała bardzo stosowną tak w praktyce podczas pokoju, jakoteż i podczas wojny. Na szczególniejszą uwagę zasługują rany głowy i brzucha. Co się tyczy ran postrzałowych głowy, jest autor tego zdania, co Habart, iż większość rannych zginie. Słusznie wszakże radzi, aby przed opatrzeniem tychże ran włosy ogolić i okolicę dokładnie oczyścić. Co się tyczy ran postrzałowych brzucha, każe je aseptycznie opatrzyć i przed innymi rannymi odesłać do szpitala; występuje jednakże przeciwko zdaniu sprawozdawcy i sprzeciwia się laparotomii na polu bitwy. W tym względzie podsuwają mi myśli, jakich nie miałem. Wszakże powiedziałem tylko: „w razie wojny chyba tylko bardzo mała ilość z ranami brzucha dostanie się do szpitala; przeważna liczba umrze na pobojowisku lub w drodze, jak tego doświadczył Habart w latach 1876, 1877 i 1878. Z tego względu należałoby laparotomię wykonywać jak najrychlej, nawet jeżeli można, w miejscu pierwszej pomocy“. Że tylko tak rozumieć mnie należy a nie inaczej, sprostowałem w dyskusyi nad działaniem broni palnej podczas zeszłorocznego zjazdu chirurgów niemieckich. Że laparotomia i szew jelitowy w niekorzystnych warunkach dadzą się wykonać, o tem poucza nas praktyka wiejska a szew jelita w przypadkach zranień tegoż zaledwie kilka minut wymaga. Inaczej rzecz się ma w przypadkach resekcyi jelit. Z resztą w chirurgii polowej zależeć musi od bystrego ocenienia lekarza, którzy chorzy w danej chwili jego pomocy najbardziej potrzebują i jaki rękoczyn jest najpilniejszym. W dalszym ciągu omawia autor, jak narzędzia mają być opakowane przemawiając tylko za blachą i poświęciwszy jeszcze kilka słów, w jaki sposób stare już zużyte opaski znowu do użycia przysposobić można, streszcza w krótkości swą pracę.

Niniejsze sprawozdanie nieco obszerniejsze wygotowałem na żądanie Szanownej Redakcyi Przeglądu lekarskiego. Jest to bowiem kwestya będąca na porządku dziennym i z niego dowiedzieli się Szan. Czytelnicy o zapatrywaniach, rozmaitych chirurgów. Praca Wagnera jest wyczerpującą, razi jednak zupełne pominięcie literatury polskiej. Powołując się na prace sprawozdawcy przytacza zeszyt 12. *Wiener Klinik* z r. 1890 i przemówienie jego na zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie w r. 1892; nie wspomina jednak nic, iż ta praca pojawiła się w *Przeglądzie lekarskim* w r. 1890 i że w tymże roku sprawę działania broni palnej Mannlicherowskiej obszernie roztrząsano na zjeździe chirurgów polskich w Krakowie a zatem o dwa lata wcześniej, aniżeli tę rzecz traktowano na zjeździe w Berlinie. Przypomnieć także należy, iż podczas zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w r. 1891 Wołkowicz również miał wykład w kwestyi broni systemu Mannlichera i okazał zniekształtnione kule i preparaty anatomiczne. Pominięcie prac tych przez lekarza przebywającego w Przemyślu bądź co bądź razi. (*Sammlung klin. Vorträge.* Nr. 65 i 66).

Bakteryologia.

R. Koch: **O stanie obecnym rozpoznawania bakteryologicznego cholery.**

Autor radzi w następujący sposób postępować, by za pomocą mikroskopu i bakteryologicznie rozpoznać cholerę:

1) Najpierw robi się preparaty mikroskopowe, o ile można, ze strzępków śluzowych i te się bada. Jeżeli w nich widać właściwe ułożenie bakteryj cholerycznych albo ich hodowle, co wydarza się prawie w połowie przypadków, wtedy rozpoznaje się cholerę. Dla dokładnego stwierdzenia tego rozpoznania przyrządza się równocześnie hodowle na żelatynie i na peptonie. Pierwszą wsadza się do przyrządu wylęgowego w ciepłocie 22°, drugą w 37° (potrzeba więc stale mieć dwa przyrządy wylęgowe z rozmaitą ciepłotą). Po 8 godzinach blizko widać na powierzchni peptonu gęste hodowle bakteryj cholerycznych, w którym to przypadku robi się próbę indolową a płytki żelatynowe okazują mniej więcej po 20 godzinach właściwe formy kolonij bakteryj cholerycznych.

2) Jeżeli badanie drobnowidowe nie daje wyników pewnych, wtedy należy zaraz z materyału badanego założyć hodowle na żelatynowych płytkach i na peptonie, o ile można także na płytkach agarowych. Płytki żelatynowe pozostawia się w ciepłocie 22°, płytki agarowe i peptonowe w ciepłocie 37°. W 6 godzin po rozpoczęciu badania, bada się drobnowidowo od czasu do czasu hodowle peptonowe, czy w nich nie widać zakrzywionych bakteryj. Jak się tylko pokazują, zakłada się na nowo płytki agarowe a mianowicie już z kultury peptonowej, aby otrzymać jak najprędzej wielkie kolonie prątków cholerycznych. To może nastać już w 10 godzin po zaszczepieniu płytek agarowych i wtedy już można, jeżeli ilość ich jest bardzo obfita a tymczasem i na płytkach żelatynowych kolonie grzybka cholerycznego przeważnie się rozwinęły, na pewne rozpoznać

cholerę, o czem zresztą później można się przekonać za pomocą hodowli na agarze albo żelatynie i przez próbę indolową.

3) Może się także wydarzyć, że w hodowli peptonowej, chociaż nieco później i w mniejszej ilości, pojawią się prątki przecinkowe, gdy równocześnie na płytkach z żelatyną bardzo nieliczne albo nawet wcale nie charakterystyczne kolonie znaleść można. Wtedy polega wszystko na dobrem zużytkowaniu płytek agarowych, jakie zaszczepiono z hodowli peptonowych. Na tych pokazują się nawet w takich trudnych okolicznościach jeszcze podejrzane kolonie. Te należy zaraz rozmnożyć w czystych hodowlach na świeżych płytkach agarowych, w rurkach peptonowych i na płytkach żelatynowych i o ile można, jak najprędzej należy zrobić próbę indolową i na zwierzęciu; w przypadkach bowiem takich wątpliwych należy odbyć zawsze próbę także na zwierzęciu, aby postępować całkiem pewnie. Może być nawet korzystnie z pierwszych hodowli peptonowych, w których pod mikroskopem jeszcze mało widać prątków przecinkowych, hodować natychmiast drugą generacyą w rozczynie peptonowym, aby przez to mieć większy zasób bakteryj i łatwiej badać dalej.

Nawet w takich trudnych przypadkach, które zresztą nie są częste, można badanie ukończyć najpóźniej w przeciągu dwóch dni.

Aby w wodzie wykryć prątki choleryczne, radzi Koch do 100 cm. wody mającej się badać, najlepiej do kilku równocześnie próbek, nalać wprost dostateczną ilość peptonu i soli kuchennej (z obudwu po 1 procencie) i roztwór ten pozostawić potem w 37° ciepła.

Po 10, 15 i 20 godzinach należy z peptonowej hodowli robić agarowe na płytkach. Badanie mikroskopowe hodowli peptonowych ma w tym przypadku podrzędne znaczenie, ponieważ w ten sposób można prawie z każdej wody wyhodować prątki krzywe, podobne bardzo morfologicznie do prątków cholerycznych. Tymczasem wszystkie kolonie agarowe podejrzane z wejrzenia bada się naprzód pod mikroskopem i jeżeli okazują zakrzywione bakterye, dalej się je rozmnaża, aby zrobić próbę indolową i na zwierzętach. Próba na zwierzątach w badaniu wody musi uzupełniać rozpoznanie.

Prawie regularnie, w każdym razie bardzo często, znachodzą się w wodzie najrozmaitszego pochodzenia zakrzywione bakterye, które podobnie, jak choleryczne gromadzą się w górnych warstwach hodowli peptonowych. Wszystkie te bakterye różnią się mniej więcej co do wejrzenia w koloniach agarowych i żelatynowych od bakteryj cholerycznych a nie dają próby indolowej i na zwierzętach. (*Zeitschrift für Hygiene u. Infectionskrankheiten. XIV. Bd., II. Heft*).

Dr. Buszek.

Choroby dzieci.

Nolden: Dwa przypadki zatrucia bromoformem wraz z uwagami nad leczeniem kokluszu.

Autor opisuje objawy dwóch przypadków zatrucia bromoformem, z których jeden tyczył się dziecka 2½ roku mającego po wyżyciu 4 gramów tego leku, drugi dziecka 3-letniego po wyżyciu 6 grm. na raz. Objawy zatrucia były: nieprzytomność, zamartwica, sinica, obniżenie się ciepłoty, obrzęk płuca, tętno nikłe, przepuszczające, brak uderzenia koniuszkowego serca. Oba przypadki wyleczono.

Autor obserwował u pierwszego dziecka w tej narkozie napad kokluszu, u drugiego ustąpił koklusz zupełnie po przebudzeniu się z narkozy, co naprowadza autora na domysł, że lek ten działa swoiście, ale dopiero w dawce nadzwyczaj wielkiej, prawie śmiertelnej; ztąd też skutki leczenia tym środkiem są pewne, lecz niebezpieczne. (*Therapeut. Monatshefte. Mai. 1892*). *Dr. Komorowski.*

Notatki terapeutyczne.

Przeciw przewlekłemu obrzmieniu śledziony w malaryi używa Wilson pigułek według przepisu:

67) Rp. *Chinini sulfurici*
Ferri hydrogenio reducti
āā 8·00
Strychnini sulfurici
Acidi arsenicosi
āā centigrmta 15
Exti gentianae q. s.
M. exactissime
F. l. a. pill. nro 70
DS. Po trzy pigułki dziennie zażywać.
(*La semaine médicale. 26. 1893*).

W nieżycie oskrzelowym u starców zaleca E. Maragliano kwas będźwinowy z taniną:

68) Rp. *Acidi benzoici 0·30*
Tannini 0·15
M. f. p. D. tales doses XX.
S. Po 4 do 5 proszków dziennie zażywać.
(*La semaine médicale. 19. 1893*).

Jako najczulszy obecnie odczynnik białka podaje Spiegler płyn sporządzony według poprawnego przepisu:

69) Rp. *Hydrargyri bichlorati corr. 8·00*
Acidi tartarici 4·00
Aquae destil. 200·00
Glycerini puri 20·00

Czułość tego odczynnika znajduje się na granicy stósunku 1:350000; używa się go zaś w sposób następujący: mocz badany zakwasza się mocno kwasem octowym i w razie potrzeby przesącza. Do rurki odczynnikowej nalewa się 2 cm. sz. przerzeczonego odczynnika i z pipety dolewa doń moczu powoli tak, iżby kropla po kropli spływała po rurce. W razie obecności białka pokazuje się wyraźny pierścień białawy na granicy dwóch tych płynów znajdujących się jeden na drugim. (*Centralblatt f. klin. Medicin. 3. 1893*).

IV. Wiadomości bieżące.

— Wykaz lekarzy Polaków praktykujących w zdrojowiskach i klimatycznych miejscach, w piśmie naszem niedawno umieszczony, uzupełniamy wzmianką, iż prócz już wymienionych praktykują *w Busku* Dr. Józef Radziszewski a *w Swoszowicach* pod Krakowem Dr. Tomasz Kotulecki.

— V. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie. — Z dalszymi wykładami zgłosili się:

10) Prof. Obaliński (z Krakowa): Uwagi nad laparotomią z powodu niedrożności jelit na podstawie 110 własnych przypadków.

11) Dr. Krasowski (z Krakowa): Przedstawienie przyrządu Schedego do leczenia skoliozy.

O dalsze zgłoszenia się uprasza *Prof. Rydygier.*

— Otrzymujemy następujące pismo:

Weszło od jakiegoś czasu w zwyczaj, że tak Sz. Publiczność, jak i PP. Lekarze zwracają się do Stacyi ratunkowej z prośbą o przewiezienie chorych, którzy niekoniecznie do tego potrzebują wozu ratunkowego lub, którzy jako niekwalifikujący się do przyjęcia w zakładach leczniczych, muszą z powrotem odbywać podróż w wozie ratunkowym.

Ze względu więc na to, że przez niewłaściwe wzywanie traci się dużo czasu i psują się niepotrzebnie wozy ratunkowe, Zarząd Stacyi ratunkowej uprasza niniejszem, aby tak Sz. Publiczność, jak i PP. Lekarze raczyli wzywać pomocy Stacyi ratunkowej tylko w nagłych przypadkach a wozu ratunkowego używać do przewożenia tylko takich chorych, których w inny sposób przewieźć nie można z wykluczeniem naturalnie chorób zakaźnych.

Wszystkie dzienniki tutejsze upraszam o łaskawe powtórzenie niniejszego ogłoszenia.

Kraków dnia 31. maja 1893 r. *Prof. Dr. Obaliński,*
prezes Tow. Rat.

— Zjazd ginekologów niemieckich odbył się we Wrocławiu w dniach od 25—27. maja włącznie. Udział w zjeździe był liczny. Przewodniczył Fritsch z Wrocławia. Między innymi zauważyliśmy Zweifla, Sängera i Döderleina z Lipska, Kaltenbacha z Halli, Leopolda z Drezna, Olshausena, Martina, Veita, Muchenrodta z Berlina, Winkla z Monachium, Chrobaka, Schautę i Koffera z Wiednia, Fehlinga z Bazylei, Frommla z Erlangi, Tauffera z Budapesztu, Dohrna z Królewca. Z lekarzy Polaków byli obecni: Neugebauer i Kurtz z Warszawy, Święcicki z Poznania, Szuman z Torunia, Stroynowski ze Lwowa,

Rydygier, Mars, Rosner i Zoll z Krakowa. W pierwszym dniu zjazdu zastanawiano się nad miejscem przyszłego zjazdu (1895). Proponowano Lipsk i Wiedeń. Jako miejsce zjazdu uchwalono Wiedeń wszystkiemi głosami przeciw głosom gościnnych ginekologów lipskich Zweifla, Sängera i Döderleina. Tegoż dnia roztrząsano kwestyę cięcia łonowego. Referował Zweifel, który na podstawie własnych przypadków zabieg ten gorąco poleca i sądzi, że łatwiej niż cięcie cesarskie da się wykonać w praktyce prywatnej. Referat wywołał ożywioną dyskusyę, w której zabierały głos nieomal wszystkie powagi. Trudno przytaczać zapatrywania się każdego mówcy z osobna. Z dyskusyi wynieśliśmy jednak przekonanie, że przeważająca liczba członków zjazdu nie zgadzała się z zapatrywaniami referenta. Podnoszono techniczne trudności, które wprost uniemożliwiają wykonywanie cięcia łonowego w praktyce prywatnej, możność znaczniejszych okaleczeń i t. d. Pierwszy dzień zakończono zebraniem się towarzyskiem w restauracyi na Liebigshöhe.

Dnia 26. maja rozpoczęto posiedzenie od wielu demonstracyj. Największe zaciekawienie i uznanie zyskały demonstracye Marsa z Krakowa i Zweifla z Lipska. Mars okazał swój atlas plastyczny operacyj ginekologicznych, składający się ze 108 odlewów gipsowych. Okazy te, wykonane z precyzyą i uwidoczniające w sposób nader pouczający cały szereg zabiegów, używanych w ginekologii zwróciły na siebie uwagę członków zjazdu a przedewszystkiem profesorów klinicznych. Nie szczędzono też autorowi licznych powinszowań i gorących słów uznania. Notujemy to z prawdziwą radością.

Zweifel okazał odlewy gipsowe dwóch przekrojów kobiet zmarłych podczas porodu. Przekroje te wzbogacą niewątpliwie szczupłą w tej dziedzinie literaturę.

Z kolei wypowiedział Schauta z Wiednia swój referat o operacyach wykonywanych na częściach dodatkowych macicy na podstawie 216 własnych spostrzeżeń. Dyskusya, która się wywiązała na podstawie tego referatu, dowodzi, że w kwestyi cierpień zapalnych części dodatkowych nie wiemy nic pewnego. Wypowiadano zdania rozmaite od konserwatywnych do najradykalniejszych; w końcu jednak przyznano, że sprawa wymaga jeszcze całego szeregu lat sumiennej obserwacyi.

W przerwie pomiędzy posiedzeniem rannem a wieczornem podejmowali państwo Mikuliczowie bardzo wielu gości zjazdu a między innymi wszystkich Polaków. Wieczorem odbyła się wspólna składkowa uczta w Zwingerze. Wznoszono mnóstwo toastów.

— Sekcya gleichenberska Towarzystwa lekarzy styryjskich na posiedzeniu odbytem dnia 29. maja r. b. wybrała przewodniczącym Dra E. Brühla, członkiem zaś komitetu Dra S. Bulikowskiego. Wybór tych dwóch lekarzy Polaków nie jest bez praktycznej doniosłości, jeżeli się uwzględni, że komitet tej sekcyi lekarskiej jest organem doradczym zarządu zdrojowiska, przewodniczący zaś sekcyi pełnić będzie czynności naczelnego lekarza w Gleichenbergu.

— W Kołomyi sprawdził w dniu 16. Maja r. b. weterynarz miejski ospę naturalną u krów, zebrał treść króst i przesłał ją do zakładu krowiankowego Prof. Dra A. Barańskiego we Lwowie celem rozmnożenia. Zakład ten otrzymał tego roku już po raz wtóry prawdziwą ospę z krów, co wskazuje, iż w kraju naszym pojawia się wcale nie rzadko ospa naturalna u krów.

— Ze zdania sprawy ogłoszonego przez inspektora szpitali cywilnych warszawskich prof. Czausowa wyjmuje miesięcznik higieniczny *Zdrowie* następujące cyfry odnoszące się do leczonych w Warszawie przypadków duru brzusznego (*typhus abdominalis*) a wskazujące na widoczny a korzystny wpływ wodociągów. I tak leczono

w r. 1881	osób	1557	w r. 1887	osób	509
„ 1882	„	1235	„ 1888	„	672
„ 1883	„	1220	„ 1889	„	670
„ 1884	„	1034	„ 1890	„	450
„ 1885	„	886	„ 1891	„	398.
„ 1886	„	1058			

Nekrologia. Zmarli: w dniu 2. czerwca r. b. Dr. Wilhelm Dziarkowski w Woli więcławskiej w król. polskiem w gubernii kieleckiej, przeżywszy lat 63. — W Wilnie Dr. Adolf Majewski, starszy lekarz tamtejszego szpitala św. Jakóba i dyrektor szkoły akuszerek, przeżywszy lat 67. Zmarły był rodem z Kowna i uzyskał stopień doktora medycyny w r. 1857 w uniwersytecie dorpackim. — W Berszadzie na Podolu Dr. Michał Domanicki b. uczeń uniwersytetu kijowskiego, który ukończył dopiero przed pięcioma laty, z duru osutkowego, którego się nabawił od chorych. — W Turynie w dniu 14. maja Jacek Pacchiotti, profesor chirurgii w tamecznym uniwersytecie i lekarz ordynujący oddziału chirurgicznego w szpitalu św. Jana. — W Berlinie w dniu 24. maja Dr. Paweł Guttmann, docent prywatny uniwersytetu, lekarz naczelny miejskiego szpitala w Moabicie w Berlinie, autor wielu cennych prac z zakresu nauki o chorobach wewnętrznych, jak wydanej wspólnie z prof. Eulenburgiem fizyologii i patologii nerwu współczulnego, podręcznika o metodach badania klinicznego przetłómaczonego na wiele języków obcych a między niemi na polski i redaktor roczników medycyny dla lekarzy praktycznych.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.